

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

79

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

André MARY

Né le 7 Décembre 1927 à BRISSAC (Maine-&-Loire)

présentée et soutenue publiquement le

SUR UN CAS
DE FISTULE BRONCHO-ŒSOPHAGIENNE
NON COMPLIQUÉE
PERSISTANT DANS LA VIE ADULTE

Président : Monsieur A. AUBIN (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

André MARY

né le 7 décembre 1927 à Brissac
(Maine & Loire)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

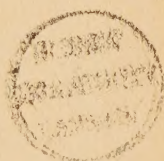
SUR UN CAS DE
FISTULE BRONCHO-OESOPHAGIENNE
NON COMPLIQUEE.
PERSISTANT DANS LA VIE ADULTE

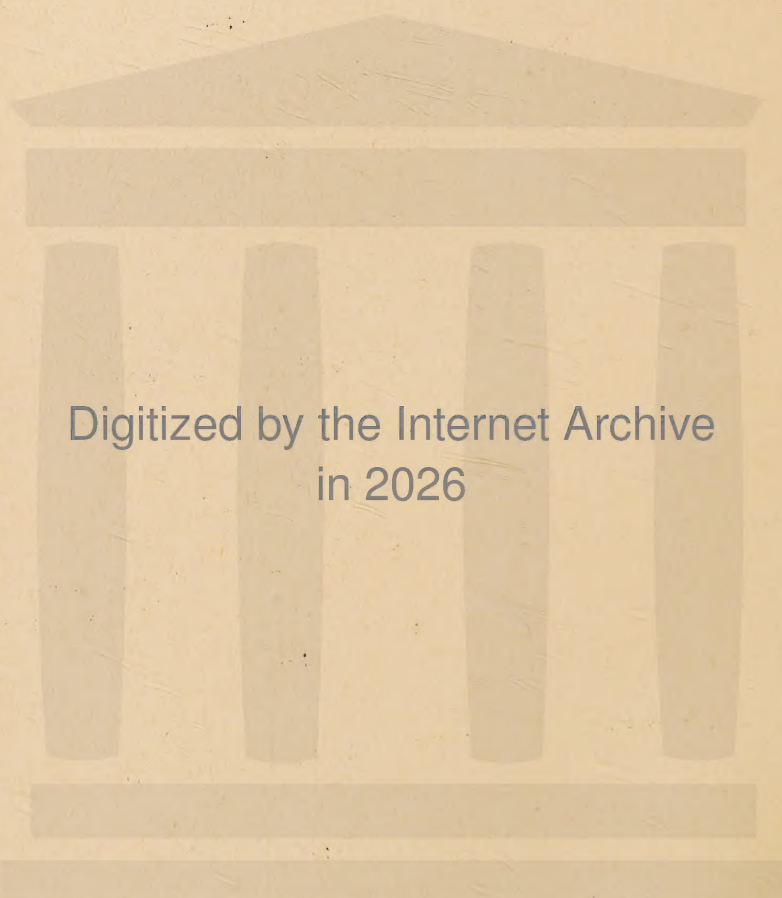
--:-

Président : Monsieur A. AUBIN (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	)} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition)	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY
	RADOT
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL
	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL		{ DUBOST
	{ DEBEYRE		{ FAUREL
	{ DELMAS		{ FLABEAU
	{ OLIVIER G.		{ GERMAIN
	{ Melle GAU-	Pat. chir.	{ GOSSET
Ana.Path.	{ THIER V.		{ LAURENCE
	{ BUSSER		{ LORTAT-JACOB
	{ GOUYGOU		{ OLIVIER (Cl.)
Bactério-)	{ CHRISTOL		{ POILLEUX
logie)	{ NEVOT		{ THOMERET
Biol. Méd.	{ BOURLIERE		{ VERNE (J.M.)
	{ ETTORI	Pat. expéri-	{ MAURICE
Chimie méd.	{ POLONOVSKI J.	ment.	{ LOEPER
Dermato-syph.	{ DUPERRAT		{ BOUVIER
Embryologie	{ TUCHMANN		{ BOUDIN
	{ COUJARD		{ BRICAIRE
Histologie	{ N.		{ BRISSAUD
	{ CORNET		{ CASTAIGNE
Hydrologie	{ BOYER		{ CONTE
Hygiène	{ DEPARIS		{ DEROT
Mal.infect.	{ BASTIN	Path.Med.	{ DOMART
Médecine)	{ DEROBERT		{ LAMOTTE
légale et	{ GAULTIER		{ LAROCHE
du Trav.)	{ HADENGUE		{ MACREZ
Neurochir.	{ DAVID		{ MILLIEZ
Neurologie	{ LHERMITTE		{ PEQUIGNOT
	{ GRASSET		{ PERRAULT
	{ LE LORIER		{ RAMBERT
Obstétrique	{ LEPAGE		{ ROYER
	{ MERGER		{ THIEFFRY
	{ MORIN		{ TURIAF
	{ RAVINA		{ WOLFROMM
	{ ROBEY		{ POLONOVSKI Cl.
Ophtal-)	{ BREGEAT	Pédiatrie	{ MOZZICONACCI
mologie)	{ DESVIGNES		{ JOSEPH
Orthopédie	{ JUDET	Pharmacol.	{ Melle LEVY
Oto-rhino-)	{ AUBRY		{ BARGETON
laryngol.)	{ MADURO	Physiol.	{ DEJOURS
Parasito.	{ PRUMPT		{ PARROT
Parasito.col.	{ CHABAUD	Physique }	{ DJOURNO
	{ ABOULKER	Médicale }	{ GOUGEROT
	{ BARCAT	Pneumo-phtis.	{ KREIS
Pat. chir.	{ BAUMANN	Psychiatrie	{ BARUK
	{ CAUCHOIX		{ PICHOT

MM.

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

{ AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

Urologie N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

o

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 { LE NOIR
 Bibliothécaires { LAURENT
 { QUIEVREUX

o

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur A. AUBIN

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GUILLON

Laryngologiste de l'Hôpital Bon-Secours
de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et guidé de ses
précieux conseils.

Qu'il veuille trouver ici le
témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur PONCET

Laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Avec notre sincère attachement
et notre grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BATISSE

Assistant des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur GODDÉ

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
de Paris

Chef du Service O.R.L. à l'Hôpital Notre-Dame du
Perpétuel Secours à Levallois

Qu'ils trouvent ici l'expression
de notre sincère reconnaissance.

SUR UN CAS DE
FISTULE BRONCHO-OESOPHAGIENNE NON COMPLIQUEE
PERSISTANT DANS LA VIE ADULTE

-:-:-:-

Chez un malade de 40 ans, dont une parésie pharyngée semblait être l'unique symptôme, notre maître le Docteur Guillon, dans un esprit de recherche systématique, pratiqua une série d'examens.

Leurs résultats et l'intervention pratiquée par le Docteur Leroy à l'Hôpital Bon-Secours l'ont conduit au diagnostic très rare de communication broncho-oesophagienne entre oesophage inférieur et une bronche distale.

Peu avant l'intervention, le Docteur Guillon présenta - Annales d'Oto-Laryngologie des Hôpitaux de Paris, séance du 21 février 1955 - cette observation dont l'originalité semblait résider avant tout dans la particularité des clichés radiologiques.

Le diagnostic de communication broncho-oesophagienne ne fut posé de façon certaine qu'après l'examen de la pièce opératoire. Cependant, le Docteur Guillon amorçait déjà une discussion étio-pathogénique.

Devant l'intérêt clinique de ce sujet et la qualité des clichés radiologiques, le Docteur Guillon nous suggéra de faire de cette observation un sujet de thèse et à la lumière des découvertes opératoires et histologiques d'établir à nouveau une discussion étio-pathogénique.

Nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu nous inspirer ce sujet et de nous avoir

guidé de ses précieux conseils.

Dans ce travail, nous présenterons successivement :

- 1 - une classification des communications entre l'oesophage et l'arbre trachéo-bronchique. Nous y mettrons à leur place les communications entre oesophage inférieur et bronches distales.
- 2 - une étude étiopathogénique de ces communications broncho-oesophagiennes.
- 3 - une étude clinique de notre observation.
- 4 - un essai d'interprétation pathogénique de cette observation.
- 5 - Conclusions.
- 6 - Bibliographie.

ETUDE DE CLASSIFICATION

-:-

La classification anatomique des atrésies congénitales de l'oesophage, actuellement presque unanimement adoptée (Haddam, de Philadelphie, Annales d'Otolaryngologie t.72 1955 n° 2-3) est la suivante :

- 1° Absence totale de l'oesophage, sans vestiges,
- 2° Atrésie totale de l'oesophage avec cordon fibreux résiduel, reliant l'hypopharynx à l'estomac.
- 3° Simple cul-de-sac représentant l'oesophage cervical et rien d'autre.
- 4° Deux culs-de-sac représentant respectivement les segments proximal et distal de l'oesophage, réunis par un cordon fibreux.
- 5° Même disposition que précédemment, plus une communication avec la trachée ou une grosse bronche se faisant de la façon suivante :
 - a) la fistule communique avec le cul-de-sac supérieur.
 - b) la fistule communique avec le cul-de-sac inférieur.
 - c) La fistule fait communiquer les deux culs-de-sac avec l'arbre trachéo-bronchique.

6° L'oesophage étant normalement constitué, il existe une communication congénitale entre l'arbre trachéo-bronchique et l'oesophage.

Par ailleurs, A. Aubin et P .L. Klotz - Encyclopedie Médico-Chirurgicale, ORL - ont établi une classification étiopathogénique des fistules broncho-oesophagiennes. Ils distinguent :

- 1 Les fistules congénitales , d'allure clinique particulière et rarement observées à l'âge adulte.
- 2 Les fistules acquises, secondaires à un processus ulcératif plus ou moins ancien.

Dans ces deux classifications, notre observation s'intègre de la façon suivante :

- En ce qui concerne la classification anatomique des atrésies de l'oesophage,

On remarque que tous les cas publiés sont d'autant plus rares que l'on s'éloigne de la trachée et des grosses bronches. Récemment Morton insistait sur la grande rareté des communications entre oesophage et bronches distales, sans atrésie associée de l'oesophage.

Or, précisément, notre malade présentait une communication de ce type.

- En ce qui concerne la classification étiopathogénique des fistules broncho-oesophagiennes,

nous ne préjugerons pas chez notre malade de l'origine congénitale ou acquise de la communication, mais nous retiendrons le terme

de fistule : nous conserverons le mot fistule au sens le plus large, car nous savons que dans presque tous les cas de fistule congénitale, on trouve effectivement une communication en forme de canal, ce qui justifie l'appellation de fistule.

Nous verrons, de plus, que cette classification est une porte ouverte aux discussions étio-pathogéniques.

.. ETIO-PATHOGENIE

-:-

C'est donc l'étiologie et la pathogénie de ces fistules entre oesophage et bronches du lobe inférieur que nous étudions ici.

Nous avons vu qu'A. Aubin basait sa classification des fistules broncho-oesophagiennes d'après l'étiopathogénie. Voyons en détail cette classification particulièrement simple et nette.

- Les fistules broncho-oesophagiennes se divisent en deux groupes :

1) Les fistules congénitales :

dont le type presque unanimement rencontré est la fistule congénitale de l'enfant et de l'adolescent ; en effet, d'une part, les fistules de ce genre ne peuvent être tolérées par un nouveau-né ou par un nourrisson que lorsqu'elles réalisent deux conditions :

a) calibre très restreint s'opposant au passage des aliments, surtout si l'orifice trachéal ou bronchique se trouve plus haut placé que l'orifice oesophagien.

b) Absence de sténose, ou du moins sténose très incomplète de l'oesophage.

d'autre part,
chez l'adulte, les fistules entre oesophage et bronches distales sont rares ; plusieurs cas ont été publiés par Monod, mais seul

Morton a pu presque affirmer l'origine congénitale d'une fistule chez un homme de 26 ans. Cet auteur pensait, en effet, pouvoir classer cette fistule parmi les anomalies congénitales à cause de l'aspect macroscopique, du résultat de l'examen histologique et du début des troubles qui remontaient à l'enfance.

2) Les fistules acquises :

qui représentent souvent l'accident terminal "d'un processus ulcératif" plus ou moins ancien ; elles compliquent un grand nombre d'affections oesophagiennes et, avec une fréquence toute particulière, le cancer.

On distingue donc les fistules oesophagiennes cancéreuses des fistules non cancéreuses ; parmi celles-ci : les fistules tuberculeuses, dans la majorité des cas, à point de départ trachéo-bronchique, le point de départ oesophagien est très rare, - les fistules syphilitiques, les fistules corrosives, etc...

La limite n'est pas toujours aussi nette entre fistules congénitales et fistules acquises. Il existe des intermédiaires ; ce sont des cas réalisant l'association d'une malformation oesophagienne d'origine congénitale avec secondairement ouverture dans les bronches. Nous allons en montrer un exemple dans celui des diverticules congénitaux ouverts secondairement dans les bronches.

En effet, le problème des fistules acquises et celui de ces fistules congénitales acquises est éclairé par celui de la genèse des diverticules de l'oesophage.

A. Aubin, étudiant les diverticules thoraciques de l'oesophage, leur considère 3

étiologies : les phénomènes de pulsion, de traction, l'origine congénitale proprement dite.

Le phénomène de pulsion seul ne peut être invoqué dans la formation d'une fistule broncho-oesophagienne.

On peut donc considérer :

1) les diverticules de traction ouverts dans les bronches par le même processus que celui qui les a formés.

2) Les diverticules congénitaux ouverts secondairement dans les bronches.

Notons cependant que les diverticules épiphyréniques sont rares et que leur ouverture dans les bronches et dans le tissu pulmonaire est exceptionnelle. Précisément, R. Monod rapporta à l'Académie de Chirurgie en 1944 et 1949 trois observations de fistules oeso-bronchiques s'ouvrant dans la bronche inférieure droite et présentant les mêmes caractères, à savoir leur formation à partir d'un diverticule sus-diaphragmatique de l'oesophage. L'observation princeps publiée dans la thèse de Mintz en 1945 montre en effet chez une jeune femme un abcès du poulmon. "Celui-ci est en somme l'accident révélateur, mais il a été en réalité secondaire à la constitution d'une fistule oeso-bronchique, elle-même réalisée par l'ouverture d'un diverticule sus-diaphragmatique de l'oesophage dans le tissu pulmonaire ; sans qu'il soit possible d'affirmer s'il s'agit d'un diverticule de traction ou d'un diverticule congénital, car les signes par lesquels il s'est manifesté ont été d'apparition tardive".

Pour clore l'étude de ces différentes conceptions pathogéniques, il faut dire un mot

du phénomène de "Sequestration". Il s'agit de la genèse d'une portion de tissu pulmonaire malformé faisant partie macroscopiquement du lobe inférieur mais n'ayant pas de connexions normales avec le reste de l'arbre bronchique et gardant une vascularisation systémique à point de départ le plus souvent aortique. Ce territoire vascularisé par l'artère anormale subirait une transformation kystique (kystes liquidiens étudiés par Santy).

Ce kyste pourra communiquer ensuite avec l'oesophage.

Comme nous le verrons à l'étude de notre observation, ce phénomène de l'"interlobar sequestration" a bien peu de chances d'être en cause chez notre malade, mais il importait de le mentionner comme étiologie possible, et surtout en vue d'expliquer le terme de "kyste" employé dans le premier examen de la pièce.

En un mot, à l'heure actuelle, trois écoles qui s'appuient sur des arguments de poids s'opposent pour interpréter la genèse de ces fistules broncho-oesophagiennes. Ce sont :

1 - l'Ecole de Lyon :

qui considère que la fistule est due à un diverticule de traction ouvert dans les bronches, soit généralement une séquelle tardive de primo-infection :

C'est l'origine acquise.

2 - Monod pense à l'existence de diverticules congénitaux ouverts secondairement dans les bronches.

C'est l'origine congénitale acquise.

3 - Morton pense que les fistules sont d'origine congénitale.

C'est l'origine congénitale pure.

Rappelons une autre possibilité d'origine congénitale acquise, celle du kyste bronchogénique s'ouvrant secondairement dans l'oesophage.

ETUDE CLINIQUE DE L'OBSERVATION

-:-

Le malade, Mr L...R... 41 ans, manoeuvre spécialisé, vient consulter le 25-I-1955 dans le service ORL du Docteur Guillon à l'hôpital Bon-Secours pour :

- Des troubles dont le début semble remonter à 5 ou 6 ans : il s'agit d'une paresthésie pharyngée apparue à la suite d'un petit épisode dysphagique coïncidant avec l'apparition d'une tuméfaction latéro-cervicale gauche très éphémère.

En fait, l'interrogatoire détaillé du malade précise que :

1 - depuis 15 à 20 ans, il présente :

a) des régurgitations, à la faveur d'efforts de toux ou de l'absorption de liquides chauds, régurgitations d'aliments non digérés, qui ont été ingérés 5 à 6 jours auparavant. Ces régurgitations sont irrégulières, survenant volontiers par périodes séparées par des intervalles de calme plus ou moins longs.

Ces régurgitations ne sont pas paradoxales.

b) des douleurs thoraciques en ceinture à type de névralgies accompagnées d'une gêne - plus qu'une douleur - dans la région sus-épigastrique.

c) des phases de toux survenant parfois

mais rarement à la suite d'ingestions alimentaires.

d) Le malade n'a pas présenté de dysphagie depuis l'épisode survenu il y a 5 ou 6 ans. Cependant, il présente quelques petits signes accessoires. Ce sont, nous l'avons vu, ceux pour lesquels il est venu consulter - tels que sécheresse du pharynx, grattage de la gorge, sensation de corps étranger.

e) pas de sialorrhées, pas de mauvaise haleine en dehors des régurgitations.

f) notion d'épisodes "bronchiques" aigus survenant régulièrement chaque hiver.

2 - Enfin et surtout, dès sa plus tendre enfance, affirme le malade, il présentait ce dont il ne souffre que rarement aujourd'hui, une toux quinteuse et rebelle déclenchée électivement par la déglutition, toux s'accompagnant de cyanose. Ce fait, affirmé par l'entourage du malade est indéniable et revêt, nous le verrons à la discussion étiopathogénique, une importance indiscutable.

- L'étude des antécédents montre chez le malade, une adénite cervicale droite vers l'âge d'un an, une tumeur blanche du genou droit à l'âge de 14 ans ayant évolué vers la guérison au prix d'une ankylose. On ignore si le malade a présenté parallèlement des adénopathies médiastinales importantes, mais ce qui est certain, c'est l'absence de tout épisode infectieux qui n'aurait pas fait sa preuve ; l'absence aussi de tout accident aigu évoquant la rupture d'une collection dans l'oesophage.

Le 25-I-1955, l'examen montre :

- un malade de 41 ans, amaigri - amaigrissement ancien, n'ayant pas augmenté dans ces dernières années - asthénique et facilement anxieux. P = 53 kg - T.A. = 12-7.

- L'examen ORL montre avant tout : une pharyngite diffuse congestive, une laryngite chronique d'aspect banal - Le reste de l'examen ORL est négatif ; il n'existe pas de paralysie récurrentielle.

- pas de ganglions cervicaux, mais on note une cicatrice d'écrouelle dans la région cervicale droite.

- Radiographie pulmonaire : image thoracique normale.

Au 3-2-1955, oesophagoscopie Docteur Guillon:

On constate la présence d'une fistule oesophagienne au niveau de la face postéro-latérale droite, à dix centimètres au-dessous du niveau de la crosse aortique. Aucun bourgeon anormal n'est visible sur l'ensemble de la muqueuse.

- Le transit oesophagien (Docteur Beix) a montré une fistule du tiers inférieur de l'oesophage communiquant avec une vaste poche anfractueuse.

- le cliché n° 1 montre :

une petite image allongée en forme d'appendice vertical, longue de trois centimètres et nettement dégagée du bord postérieur de l'oesophage.

- le cliché n° 2 montre :

au fur et à mesure de la progression de la baryte, que cette image devient de plus en

Cliché n° 1

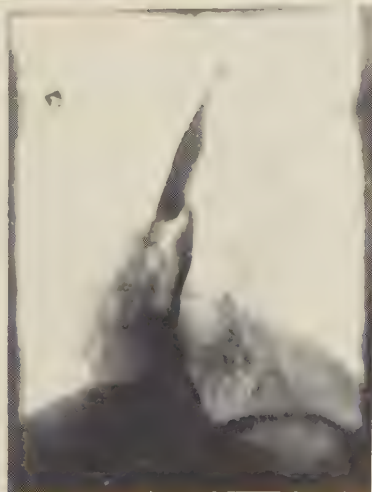
Cliché n° 2

Cliché n° 3

Cliché n° 4

Cliché n° 5

Cliché n° 6



plus volumineuse, constituant une poche arrondie irrégulière au niveau de l'extrémité inférieure de l'aspect que nous venons de décrire.

- sur le cliché n° 3 :

l'image s'élargit encore en forme de poire à grosse extrémité inférieure descendant le long de l'oesophage à la rencontre de la coupole diaphragmatique.

- le cliché n° 4 montre trois poches distinctes caractérisées chacune, le malade étant debout, par une image de type hydroaérique (baryte et air) dont la dernière, la plus inférieure, est juxta-diaphragmatique.

- dans le cliché n° 5, on retrouve la même image en position de Trendelenbourg : elle est alors très curieuse : l'image dessine une zone assez vaste à bords peu nets, qui n'est reliée à l'oesophage que par un goulot très oblique et très étroit, qui s'implante à peu près à mi-hauteur de l'image pathologique.

Intervention le 11-3-55, Docteur Le Roy :

Incision verticale thoracique postéro-latérale droite entre le 5ème et le 11ème espace.

Libération de la masse latéro-vertébrale jusqu'à la face latérale de la vertèbre.

Résection de l'angle jusqu'à la tête comprise des arcs costaux postérieurs des 7ème, 8ème, 9ème et 10ème côtes et des transverses correspondantes. Résection des espaces correspondants. On obtient ainsi un long jour sur le médiastin postéro-inférieur. On repère et isole l'oesophage depuis l'orifice oesophagien jusqu'au bord inférieur de l'aorte (crosse. On trouve assez facilement le trajet diverticulaire de l'oesophage qui se dirige en avant vers le poumon d'où on ne peut pas le cliver.

On se rend compte que la cavité est entourée de parenchyme pulmonaire. On fait alors la section du canal diverticulaire qui a le diamètre et la consistance d'un appendice, au ras de l'oesophage. Ligature et enfouissement. Puis on cathétérise le canal et l'on ouvre une cavité d'aspect kystique communiquant largement avec une bronche. On ne peut cliver les parois. On résèque ce qui est exubérant, On coagule l'ensemble de la paroi restante. Suture de la bronche au nylon. Capi-tonnage de la paroi restante.

Un drain dans le médiastin.

Suture musculaire - suture cutanée.

- Pièce : on a prélevé d'une part un segment du canal de communication près de l'oesophage et d'autre part un fragment de la paroi du kyste.

Histologie :

1 - Il s'agit d'un kyste embryonnaire, le centre de la formation kystique étant occupé par des bourgeons semblables aux alvéoles d'un poumon foetal (courtes, tapissées de cellules cylindro-cubiques). Le revêtement est de type malpighien pluristratifié de même nature que le revêtement de l'oesophage.

2 - Le fragment du canal présente les mêmes caractéristiques que le kyste : on y trouve aussi des restes d'allure embryonnaire.

6-4-55 : suites normales - sortie.

13-5-55 : Bon état général.

2-9-55 : Très bon état - mange normalement ;

dort très bien. Epreuve des dysesthésies en bande correspondant au territoire des nerfs sectionnés lors de la thoracotomie.

P = 52 kg 700 contre 53 kg avant l'intervention.

Un examen lipiodolé pulmonaire post-opératoire montre une image normale.

En janvier 1957, l'état général est toujours excellent . Le malade ne souffre d'aucun trouble autre que ces dysesthésies thoraciques en bande.

ESSAI D'INTERPRETATION PATHOGENIQUE

-:-

Au cours des examens cliniques et complémentaires , en cours d'intervention et à sa suite, quels problèmes diagnostiques se sont posés ? Lesquels ont été résolus ?

Le diagnostic de nature est élucidé.

Le diagnostic étiopathogénique ne l'est pas. Mais tout l'intérêt de cette communication broncho-oesophagienne consiste dans les problèmes que pose son origine.

Diagnostic de nature

Il s'agit manifestement d'une communication entre oesophage inférieur et bronche distale.

Devant les signes fonctionnels évoqués par le malade lors de sa première consultation :

- les régurgitations d'aliments non digérés,
- les petits signes accessoires tels que sécheresse du pharynx, grattage de la gorge, sensation de corps étranger,

il était logique de penser à un diverticule de l'oesophage.

L'oesophagoscopie elle-même montrant un orifice diverticulaire semblait confirmer le diagnostic.

Enfin le transit baryté montre une image qui, à première vue, peut s'interpréter comme une image diverticulaire.

Cependant un examen plus approfondi montre que ce diverticule peut exister mais qu'il existe aussi et surtout une communication broncho-oesophagienne.

En effet :

- les régurgitations ne sont pas paradoxales

- les petits signes accessoires existent, mais la dysphagie vraie est absente.

- Pas de fétidité de l'haleine en dehors des régurgitations.

- Il existe des douleurs en ceinture.

- La toux, bien que rare, ne survient en dehors des poussées infectieuses bronchiques qu'à la suite d'ingestions alimentaires. Elle n'est pas comme dans le diverticule en relation avec les régurgitations ou l'hypersialorrhée nocturne. Enfin, fait très important, cette toux existait dès le plus jeune âge et s'accompagnait de cyanose.

- Enfin, le transit baryté rend le diagnostic de diverticule très hésitant, il montre en effet :

- l'étroitesse de la communication avec l'oesophage (qui est généralement large dans les diverticules épiphréniques),

- l'aspect anfractueux de l'image. avec ses 3 poches séparées quoique communicantes.

- l'aspect mal limité de l'image obtenue en position de Trendelenbourg.

- Et surtout, l'aspect macroscopique de la pièce opératoire : il existait, certes, un canal diverticulaire mais la cavité semblait constituée par un kyste qu'on intitula bronchogénique et qui communiquait largement avec une bronche.

Diagnostic Etiopathogénique

Il est infiniment plus délicat : nous ne le résoudrons pas.

Nous verrons quels éléments tant cliniques qu'anatomo-pathologiques plaident en faveur de chacune des trois principales théories étiopathogéniques.

Celles-ci sont, rappelons-le :

- la théorie de l'origine acquise,
- la théorie de l'origine congénitale,
- la théorie de l'origine mixte congénitale-acquise.

L'origine acquise peut être évoquée devant :

- les antécédents tuberculeux de ce malade et surtout la cicatrice d'écrouelle qui prouve la tendance lymphophile de sa tuberculose.

Ces éléments font penser à un diverticule de traction.

Nous savons, en effet, que l'origine acquise de cette communication broncho-oesophagienne pourrait s'expliquer de deux façons :

a) Il s'agirait vraisemblablement d'une adénite, d'origine tuberculeuse, adénite sus-

ceptible de se fistuliser dans le poumon d'une part et d'autre part dans l'oesophage, par l'intermédiaire d'un diverticule de traction, la rétraction, voire même la calcification de cette adénite péri-oesophagienne ayant été responsable de la formation de ce diverticule.

b) Signalons que si la formation de la fistule peut aussi se faire de l'oesophage vers le poumon, l'étiologie d'un tel mécanisme (cancer, traumatisme) ne peut être invoquée chez notre malade.

Contre cette origine acquise, il faut avant tout compter les arguments suivants :

- le siège des diverticules, celui du diverticule de traction est généralement plus haut situé , épibronchique.

- La taille de ce diverticule est généralement petite.

- A l'intervention, nous aurions dû avoir un trajet fistuleux inflammatoire et anfractueux, à la radio une image de ganglion médiastinal.

Aucun de ces éléments n'est retrouvé chez notre malade.

L'origine congénitale : doit être évoquée devant :

- les tout premiers antécédents du petit malade (toux et asphyxie du moment des prises d'aliments).

- l'aspect endoscopique non inflammatoire de la paroi oesophagienne.

- l'aspect macroscopique du canal de communication : canal rectiligne parfaitement géo-

métrique, à parois lisses, à bords bien délimités, il se laisse bien disséquer et n'a aucun des caractères d'un trajet fistuleux inflammatoire.

Cependant l'examen histologique ne nous apporte pas l'argument décisif qu'on attendait de lui à première vue. En effet, pour affirmer l'origine congénitale, l'examen histologique doit montrer :

- une fistule oesophagienne et ses caractères, l'absence de tout ganglion ou anthracose : ces deux éléments sont trouvés ici.

- une structure bronchique anarchique, à savoir la présence de glandes, de plaques de cartilage, de fibres musculaires lisses ; ces éléments sont dispersés au sein d'un tissu conjonctif pauvre en cellules réalisant le tableau typique de la dysembryoplasie bronchique.

Notre examen parle de "formations kystiques embryonnaires constituées par des bourgeons semblables aux alvéoles d'un poumon foetal". On ne peut pas affirmer qu'un tel aspect soit d'origine congénitale car ce peut être simplement un phénomène d'anthracose ou d'atélectasie, donc d'origine acquise.

L'origine mixte congénitale-acquise peut enfin être invoquée. Il s'agirait de la rupture dans les bronches d'un diverticule de l'oesophage ou, à la rigueur, de l'ouverture dans les bronches et dans l'oesophage d'un kyste bronchogénique.

Nous pensons que l'on peut classer cette fistule parmi les anomalies congénitales à cause du résultat de l'examen histologique ; en effet, l'existence d'un pertuis tapissé

d'un épithélium malpighien recouvrant à la fois le canal et la formation kystique intrapulmonaire semble plus en faveur d'une formation congénitale. En faveur de la même origine, plaident l'ancienneté et les caractères des troubles qui remontent à l'enfance .

Enfin, il faut tenir un grand compte de l'opinion du Docteur Leroy, dont est grande l'expérience en matière de chirurgie intra-thoracique et qui n'hésite pas, sur le seul aspect de la pièce opératoire, à en affirmer l'origine congénitale.

CONCLUSIONS

--

Les publications relatives à des atrésies de l'oesophage sont très fréquentes et se font de plus en plus nombreuses. Celles concernant les fistules trachéo- ou broncho-oesophagiennes sans atrésie oesophagienne associée restent rares.

Nous avons vu la très grande rareté des communications entre oesophage et bronches distales.

Nous présentons donc l'observation d'un malade qui présente une communication de ce type-ci. Son originalité réside dans le fait que cette fistule broncho-oesophagienne soit supportée par un homme de cet âge et avec des troubles aussi minimes, comparés à l'ancienneté de son affection. La communication dont il était porteur aurait dû, en effet, l'amener à consulter alors qu'il était adolescent.

Une fistule persistant dans la vie adulte sans complication est, de fait, très rare ; les cas publiés par le Docteur Monod concernaient des abcès du poumon et le cas unique de Morton présentait une dilatation des bronches.

Nous avons vu en détail les problèmes étiopathogéniques que soulève l'affection de notre malade.

Enfin, nous le savons, le fait que les examens cliniques et para-cliniques fassent pencher vers l'origine congénitale lui apportent un nouvel élément d'intérêt.

D'autre part, les progrès actuels réalisés par la chirurgie thoracique ont permis l'exérèse de cette masse. Cette opération pratiquée par le Docteur Leroy a été suivie de résultats fonctionnels et objectifs excellents confirmés par le transit oesophagien.

--

Vu :
Le Président :
signé : A. AUBIN

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ABRA 'S H.S.

Fistules oesophago-respiratoires

Arch.Otolaryng. sept. 1954 60 n° 3 370-374

ALBI R.W. et GILCHRIST R.K.

Fistule oesophago-trachéale causée par un traumatisme

Arch.Surg. sept. 1949 59 n° 3 454-459

ANTONELLI N.C. et COPELLO A.J.

Fistule broncho-oesophagienne. A propos d'un cas.

Prensa Med.Argent. 9 oct. 1953 40 n° 41
2770-2772

ARZUA ZULAICA E. (de) et ORTUZAR ALBERDI J.

Fistule trachéo-oesophagienne

Rev.clin.espan. 31 août 1953 50 n° 4
304-307 2 fig. (Bibliogr.)

AUBIN A.

Diverticules de l'oesophage

Cours ORL 1956

AUBIN A. et

Un cas de diverticule de l'oesophage

Ann. Otolaryng. 107 juil. 34

AUBIN A. et KLOTZ P.L.

EMC ORL Fistules de l'oesophage

AUTIER C.

Fistule oesophago-pulmonaire au cours

d'un rétrécissement cicatriciel de l'oesophage

Ann. Oto-Laryng. 1954 71 n° 10 816-817

BARRIER J. et POLIAK D.

Deux cas de fistule oesophago-extrapleu-
rale

Poumon et Coeur av. 1955 11 n° 4 353-355
(Bibliogr.)

BERARD M. et JUTTIN P.

Les fistules oesophago-pleurales et les
extra-pleurales

Rev.Tub. 1949 13 n° 3-4 225-231

BERG R. jr.

Le traitement chirurgical des fistules
oesophago-trachéales et de l'atrésie
congénitale de l'oesophage

J.Thor.Surg. mai 1956 31 n° 5 550-558
10 fig. (Bibliogr.)

BERMAN J.K., TEST F.S. et McART B.A.

Fistule oesophago-bronchique congénitale
chez un adulte

J. Thor.Surg. nov. 1952 24 n° 5 493-501
4 fig. (Bibliogr.)

BERMAN J.K. et BERMAN E.J.

Atrésie congénitale de l'oesophage
avec fistule oesophago-trachéale. Une
méthode simplifiée de restauration de la
continuité de l'oesophage

Am.J.Surg. oct. 1953 86 N° 4 436-442
6 fig. (Bibliogr.) (en anglais)

BETHENOD

La séquestr. pulmonaire

Thèse Lyon 54-55 n° 98

BJORKKLIND A., LINDGREN S. et RANSTROM S.

Fistule oesophago-bronchique expérimen-
tale chez un adulte - Relation d'un cas.

Acta chir. scand. 10 août 1956 111 n° 2
94-97 7 fig. (Bibliogr.)

BONNET

Fistules oeso-bronchiques
Thèse Lyon 1935 n° 108

BOQUIEN Y., GEFFRIAUD M. et CORNET E.

Fistule oesophago-bronchique congénitale . Traitement chirurgical.
Arch.Mal.Ap.dig. déc. 1952 41 n° 12 1186-1189

BUYSENS N., STAS R. et CAMERMAN J.

Une fistule broncho-oesophagienne bénigne
Acta gastr-entérol. belg. août-sept. 1956
19 n° 8-9 612-615

CALDWELL K.P.S.

La fistule oesophago-trachéale congénitale
chez l'adulte
J. int. Coll.Surg. oct. 1954 22 n° 4 387-390 (Bibliogr.)

CHEVALLIER-JACKSON

Les mal. de l'oesophage
Arch. ORL Internat. 1952

COLEMAN F. et BUNCH G. jr.

Fistule oesophago-trachéo-bronchique bénigne acquise
J.Thor.Surg. av. 1950 19 n° 4 542-558
(Bibliogr.) 4 fig.

DAUMET P., GARNIER C. et ORTEGA J.

A propos de deux fistules oesophago-extrapleurales opérées
Poumon et Coeur av. 1955 11 n° 4 357-359

DENK H. et LORBEK W.

Des fistules oesophago-trachéo-bronchiques
dans des processus bénins
Wien.klin.Wschr. 16 mars 1956 68 n° 11
195-196 (Bibliogr.)

DUPERIE, RUMEAU et MARCHAND

Fistule oesophago-trachéale due à une
adénopathie cancéreuse abcédée.

J. Méd. Bordeaux déc. 1947 n° 12 574

DUPON H.P.F.

Les fistules oesophago-bronchiques par
ouverture d'un diverticule congénital
de l'oesophage dans les bronches distales
Thèse Paris, 1953 n° 120 78 pages fig.

EFSKIND L.

Communications non malignes et acquises
entre le haut du tube digestif et les
voies aériennes

Acta chir. scand. 1953 105 n° 1-4 70-77
8 fig.

FINKE H.

L'aspect clinique de la fistule chroni-
que oesophago-bronchique

Med.Klin. 11 juil. 1952 n° 28 929-930
2 fig. (Bibliogr.)

FLYNN R. et COLLISON J.M.

Un cas de fistule oesophago-trachéale
Med.J.Austral. 13 mars 1954 41 n° 11
396-397

FORSTER E. et MEYER R.

Communication oesophago-trachéale de
cause indéterminée chez une adulte

Mém.Acad.Chir. 10-17 nov. 1954 80
n° 29-30 823-826

GOULSTON E.

Fistule oesophago-trachéale congénitale
sans atrésie oesophagienne

Med.J.Austral. 26 juin 1954 41 n° 26
977 (Bibliogr.)

GUEST S.I. et HILDEBRAND W. jr.

Emploi d'un ballon gonflable intra-trachéal dans le traitement des fistules oesophago-trachéales et dans les trachéotomies courantes

Am.J.Surg. juin 1953 85 n° 6 792-794

HEIDELBACH H.

Fistule de l'oesophage après un oléothorax extrapleurale

Beitr.Klin.Tub. 1952 107 n° 6 460-467

HERWEG J.C. et OGURA J.H.

Fistule oesophago-trachéale congénitale sans atrésie oesophagienne

J.Ped. sept. 1955 47 n° 3 293-299 (Bibliogr.)

HEWLETT T.H.

Fistule oesophago-trachéale récidivante

J.Thor.Surg. juin 1955 29 n° 6 658-664
(Bibliogr.)

HUGHES W.

Fistule oesophago-pleurale consécutive à une perforation de l'oesophage par corps étranger

Am.J.Dis.Child. oct. 1948 76 n° 4 401-410
3 fig.

HUGHES F.A. jr. et FOX J.R. jr.

Fistule oesophago-trachéo-bronchique bénigne acquise

J.Thor.Surg. av. 1954 27 n° 4 384-389
(Bibliogr.)

IMPERATORI

Arch. Otolaryng. 1946

JACCOTTET H.

La fistule oesophago-extra-pleurale

Thèse Lausanne 1954 n° 13

JAUBERT de BAUJEU

Fistules oesophago-bronchiques chez l'adulte avec diverticule oesophagien de traction

Lyon Chir. oct. 1952 47 n° 7 796-806
5 fig. (Bibliogr.)

JENKINSON D.L. et BATE L.C.

Fistule oesophagobronchique à travers un diverticule oesophagien : relation d'un cas traité par la cautérisation

Am.J.Roentg., août 1951 66 n° 2 236-240

KAPLAN M., GRIMBACH R., FISCHGRUND A., VERMEIL G.
et BLANGUERNON R.

Fistules trachéo-oesophagiennes congénitales sans atrésie de l'oesophage. Etude clinique et anatomique d'une observation avec survie de 7 mois. Etude histologique des lésions pulmonaires dues à des embolies alimentaires répétées et curables

Arch.franç. Péd. 1953 10 n° 5 488-503
9 fig. (Bibliogr.)

KAYSER R.

Contribution à l'étude des fistules trachéo-oesophagiennes congénitales sans atrésie de l'oesophage (Rapport de 2 cas)
Thèse Paris mars 1953 84 pages

KOCH R. et CLARK J.M.

Fistule oesophago-trachéale congénitale sans atrésie de l'oesophage.

Am.J.Dis.Child. 1956 91 n° 6 636-640
4 fig. (Bibliogr.)

KRAUSEY B.

Fistule oesophago-trachéale congénitale sans atrésie oesophagienne causant une mort par asphyxie

Brit.Med. J. 27 juin 1953 n° 4825 1433

LEIGH T.F., ABBOTT O.A. et HOPKINS W.A.

Considérations radiologiques sur la
fistule oesophago-trachéale sans atré-
sie oesophagienne - Relation de 2 cas
Radiology déc. 1951 57 n° 6 871-877
5 fig. (Bibliogr.)

LONGMIRE W.P.

Atrésie congénitale et fistule trachéo-
oesophagienne : 4 cas consécutifs d'anas-
tomose oesophagienne primitive couronnée
de succès
Arch. Surg. sept. 1947 55 n° 3 330-338
4 fig.

LORTAT-JACOB, LE BRIGAND, HUMMEL et TRIBOULET

Trois cas de fistule oesophagienne du
pneumothorax extra-pleural avec décorti-
cation, cure opératoire et guérison de
la fistule
Poumon et Coeur av. 1955 11 n° 4 361-370

LOYER J.

Fistules oeso-bronchiques
Thèse dactyl. n° 109 Lyon

MARZOLLA S.

Considérations sur 4 cas de fistules oeso-
phagiennes acquises non néoplasiques
Minerva Chir. 30 juin 1955 10 n° 12
588-593 8 fig. (Bibliogr.)

MELLINS R.B.

Progrès en médecine : fistule acquise
entre l'oesophage et les voies respira-
toires
New-England J. Med. 5 juin 1952 246
n° 23 896-901 (Bibliogr.)

MINTZ

A propos d'un cas de diverticule sus-
diaphragmatique de l'oesophage ouvert
dans les bronches compliqué d'abcès du
poumon et guéri
Thèse Paris 1945

MULLARD K.S.

Fistule oesophago-trachéale congénitale
sans atrésie de l'oesophage
J.Thor.Surg. juil. 1954 28 n° 1 39-54
12 fig (Bibliogr.)

OSSIPOV et VETCHINKINE

Au sujet du traitement chirurgical des
fistules broncho-oesophagiennes
Khirourgia (russe) 1953 n° 5 31-34

QUIRIN A. et SOULAS A.

Communication oesophago-bronchique dans
un cas de sténose par caustique
Bronchosc.Oesophagosc.Gastrosc. 1952 n° 2
122-124

REY J.C., ROSENFELDT A. et RUBINSTEIN P.

Fistule oesophago-pulmonaire par adéno-
pathie tuberculeuse calcifiée
Prensa Med.Argent. 7 mars 1952 39 n° 10
433-439 1 fig. (Bibliogr.)

SANTY

Les kystes bronchogéniques du médiastin
Kystes du pédicule pulmonaire
El torax vol. IV n° 1-2 Montevideo

SAYRE J.W. et HALL R.G.

Les anomalies du larynx associées à une
fistule oesophago-trachéale
Pediatrics fév. 1954 13 n° 2 150-154
(Bibliogr.)

SCHWARTZ S.I. et DALE W.A.

Fistule trachéo-oesophagienne rare avec
occlusion membraneuse de l'oesophage et
sténose pylorique hypertrophique post-
opératoire
Ann.Surg. déc. 1955 142 n° 6 1002-1006
(Bibliogr.)

SIEBER W.K. et GIRDANY B.R.

Le diagnostic de fistule oesophago-trachéale sans atrésie oesophagienne associée

Am.J.Dis.Child. nov. 1955 90 n° 5 635

TAHAR L. et DEMARTY R.

Sur un cas de compression de l'oesophage par ganglion tuberculeux avec fistule trachéo-oesophagienne

Rev.Tub. 1950 14 n° 11 1032-1035

TEMEL T.

Un cas de fistule tuberculeuse oesophago-médiastino-pulmonaire

Sem.Hôp. Paris 10-14 août 1952 28 n° 59-60 2406-2407 3 fig.

TERRACOL

Maladies de l'oesophage

p. 123 445 -595

VAN de CALSEYDE P. et WARMOES F.

Fistules broncho-oesophagiennes d'origine tuberculeuse

Ann.Oto-Laryng. 1953 70 n° 10 613-618

VOLK H., STOREY C.F. et MARRANGONI A.G.

Fistule oesophago-trachéale due à un "blast injury" (lésion par souffle)

Ann.Surg. janv. 1955 141 n° 1 98-104
5 fig. (Bibliogr.)

ZUBIANI M. et ROSSI S.

Deux cas de fistule oesophagienne tardive dans un pneumothorax extrapleurale compliqué par un empyème

Lotta contro Tub. janv-fév. 1956 26
n° 1-2 78-88 (Bibliogr.)

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

